

Demensia: Penilaian, Diagnosis, dan Pendekatan Klinis

Sistem Saraf • SKDI Demensia

Course komprehensif mengenai demensia untuk dokter umum tingkat SKDI 3A. Mencakup epidemiologi, etiologi, diagnosis diferensial, pendekatan diagnostik, tatalaksana farmakologis dan non-farmakologis, serta indikasi rujukan ke spesialis saraf.

Modul 1: Modul 1: Pendahuluan dan Dasar Demensia

1.1 Lesson 1.1: Definisi, Epidemiologi, dan Klasifikasi Demensia

Demensia adalah sindrom penurunan kognitif didapat, progresif, dan berat yang mengganggu aktivitas sehari-hari, bukan bagian penuaan normal. DSM-5 mengkategorikannya sebagai Major Neurocognitive Disorder. Kriteria meliputi: bukti penurunan kognitif dari tingkat sebelumnya, gangguan minimal satu domain kognitif (memori, bahasa, visuospasial, eksekutif, persepsi) yang mengganggu otonomi, dan bukan semata-mata delirium.

Prevalensi global >55 juta (2023), diprediksi 139 juta pada 2050. Di Indonesia, Riskesdas 2018 mencatat prevalensi gangguan memori 0,7% pada usia >60 tahun, namun angka sebenarnya diperkirakan lebih tinggi karena underdiagnosis. Biaya perawatan demensia sangat signifikan, mencakup biaya langsung (obat, perawatan, rumah sakit) maupun tidak langsung (kehilangan produktivitas caregiver, dampak psikososial).

Klasifikasi berdasarkan etiologi: (1) Primer neurodegeneratif—Alzheimer (60-70% kasus), demensia vaskular, demensia Lewy Body, demensia frontotemporal, dan demensia campuran. (2) Sekunder/reversibel—hipotiroidisme, defisiensi vitamin B12, neurosifilis, tumor intrakranial, efek samping obat, normal pressure hydrocephalus. Identifikasi demensia sekunder sangat penting karena berpotensi reversibel dengan penanganan yang tepat.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.2 Lesson 1.2: Etiologi, Faktor Risiko, dan Patofisiologi Demensia

Etiologi demensia meliputi: (1) Neurodegeneratif—Alzheimer: akumulasi beta-amiloid dan tau; demensia vaskular: gangguan aliran darah serebral; Lewy Body: alfa-sinuklein; frontotemporal: protein tau/TDP-43. (2) Penyebab sekunder reversibel—hipotiroidisme, defisiensi B12/folat/tiamin, neurosifilis, HIV, efek obat antikolinergik/alkohol, tumor, hidrosefalus tekanan normal, gangguan autoimun.

Faktor risiko tidak dimodifikasi: usia (risiko berlipat tiap 5 tahun setelah 65 tahun), genetika—alel APOE4 merupakan faktor risiko genetik paling signifikan untuk Alzheimer sporadik; mutasi MAPT, GRN, C9orf72 untuk frontotemporal familial—dan jenis kelamin wanita. Faktor modifikasi: hipertensi, diabetes, hiperlipidemia, fibrilasi atrium, stroke, depresi, rendahnya tingkat pendidikan, merokok, alkohol berlebihan, obesitas, aktivitas fisik rendah, isolasi sosial, dan gangguan pendengaran yang tidak ditangani.

Patofisiologi: Pada Alzheimer, akumulasi beta-amiloid memicu inflamasi dan disfungsi sinaptik; tau hiperfosforilasi membentuk neurofibrillary tangles. Proses dimulai di

hipokampus dan korteks entorhinal, menyebar ke korteks asosiasi. Pada demensia vaskular, iskemi serebral mengganggu konektivitas neural. Semua tipe demensia melibatkan penurunan neurotransmitter—asetilkolin, dopamin, serotonin—yang merupakan target terapi.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 2: Modul 2: Diagnosis dan Tatalaksana Demensia

2.1 Lesson 2.1: Manifestasi Klinis dan Diagnosis Demensia

Manifestasi klinis demensia meliputi: (1) Gejala kognitif—gangguan memori episodik (paling awal pada Alzheimer, lupa informasi baru), gangguan visuospasial (halusinasi visual pada demensia Lewy Body), afasia (anomia, menonjol pada frontotemporal), gangguan eksekutif (kesulitan merencanakan dan mengorganisasi). (2) Gejala perilaku/psikiatrik—apatis, agitasi, depresi, delusi, halusinasi, gangguan tidur, disinhibusi. (3) Gejala fungsional—gangguan IADL (mengelola keuangan, memasak, menggunakan telepon) merupakan indikator penting bahwa penurunan kognitif sudah cukup bermakna untuk disebut demensia.

Diagnosis bersifat klinis. Anamnesis dari pasien dan informan terpercaya mencakup onset, progresi, domain terganggu, dampak fungsional, gejala perilaku, riwayat vaskular/keluarga/obat. Pemeriksaan status mental: MoCA (skor <26 abnormal, sensitivitas lebih baik untuk MCI dibanding MMSE) atau MMSE (normal >24). Pemeriksaan fisik-neurologis lengkap termasuk tanda parkinsonisme.

Pemeriksaan penunjang: lab rutin (Hb, TSH, vitamin B12, gula darah, fungsi hati-ginjal, elektrolit, kalsium) untuk menyingkirkan penyebab sekunder. MRI serebral (pilihan) menunjukkan atrofi pola khas Alzheimer, lesi vaskular, atau massa. Kriteria DSM-5 mensyaratkan defisit kognitif bermakna yang mengganggu otonomi, bukan semata-mata delirium.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.2 Lesson 2.2: Tatalaksana Farmakologis dan Non-Farmakologis

Tatalaksana farmakologis: (1) Kolinesterase inhibitor—indikasi Alzheimer ringan-sedang. Donepezil: 5 mg/hari, naik ke 10 mg/hari. Rivastigmine: oral 1,5 mg 2x/hari, target 6 mg 2x/hari; patch tersedia. Galantamine: dosis awal 4 mg 2x/hari, ditingkatkan 8 mg 2x/hari setelah 4 minggu, maksimal 12 mg 2x/hari. Efek samping: mual, diare, bradikardia. Interaksi: antikolinergik mengurangi efikasi; hati-hati dengan NSAID dan beta-blocker. NNT 8-12. (2) Memantine—indikasi Alzheimer sedang-berat. Dosis awal 5 mg/hari, ditingkatkan hingga 20 mg/hari (10 mg 2x/hari). Efek samping: pusing, hipertensi, konstipasi. Kontraindikasi: insufisiensi ginjal berat. NNT 7-10. (3) Antipsikotik atipikal (risperidone 0,25-1 mg/hari, olanzapine) untuk gejala perilaku berat—peringatan risiko stroke dan mortalitas pada pasien demensia. Hentikan terapi pada stadium lanjut dengan respons minimal atau efek samping berat.

Non-farmakologis: terapi kognitif (orientasi realitas, reminiscence, stimulasi kognitif),

aktivitas fisik "e150 menit/minggu, modifikasi lingkungan (pencahayaan, pengamanan rumah, rutinitas), manajemen tidur, edukasi dukungan caregiver (grup dukungan, respite care), dan nutrisi adekuat.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.3 Lesson 2.3: Diagnosis Banding Demensia

Diagnosis banding demensia harus dipertimbangkan pada setiap pasien dengan penurunan kognitif untuk menghindari overdiagnosis dan memastikan penanganan yang tepat.

Diagnosis banding utama: (1) Delirium—onset akut, fluktuasi perhatian, biasanya reversibel dengan penanganan pemicu (infeksi, obat, dehidrasi). (2) Depresi (pseudodementia)—gejala kognitif membaik dengan terapi antidepresan; pasien cenderung menekankan kekurangan dan menunjukkan respons effortful. (3) Gangguan kognitif ringan (MCI)—penurunan kognitif objektif tanpa gangguan fungsional bermakna; risiko progresi ke demensia 10-15%/tahun. (4) Hipotiroidisme—penurunan kognitif reversibel dengan penggantian tiroid. (5) Defisiensi vitamin B12—dapat menyebabkan penurunan kognitif dan gangguan neurologis lain (subakut kombinasi degenerasi medula spinalis). (6) Gangguan pendengaran—dapat menirup gejala demensia akibat gangguan pemrosesan informasi sensorik. (7) Sleep apnea obstruktif—menyebabkan kelelahan diurnal, penurunan kognitif, dan peningkatan risiko demensia vaskular.

Pola klinis membantu diferensiasi: onset sangat cepat (<1 bulan) mengarah ke delirium; parkinsonisme awal ke demensia Lewy Body; perubahan perilaku prominent ke demensia frontotemporal; kejang awal ke demensia vaskular atau ensefalitis autoimun. Pemeriksaan penunjang (TSH, B12, polisomnografi, MRI) membantu mengkonfirmasi atau menyingkirkan diagnosis banding.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 3: Modul 3: Komplikasi, Prognosis, dan Indikasi Rujukan

3.1 Lesson 3.1: Komplikasi dan Prognosis Demensia

Komplikasi medis demensia meliputi: jatuh dan fraktur (terutama panggul, mortalitas tinggi), aspirasi pneumonia (penyebab kematian utama stadium akhir karena disfagia), ISK (gejala sering bermanifestasi sebagai eksaserbasi kognitif), malnutrisi dan penurunan berat badan, luka tekan (imobilitas, inkontinensia), dan kejang (prevalensi lebih tinggi pada Alzheimer lanjut dan frontotemporal, dapat memperburuk penurunan kognitif). Komplikasi psikososial: caregiver burden dan burnout (depresi caregivers 30-40%), penyalahgunaan/pengabaian pasien rentan, dan beban finansial signifikan.

Prognosis berdasarkan tipe demensia: Alzheimer—median survival 4-8 tahun dari diagnosis (ringan 2-4 tahun, sedang 2-8 tahun, berat 1-3 tahun); demensia vaskular—bervariasi tergantung kontrol faktor risiko vaskular; Lewy Body—5-7 tahun; frontotemporal—6-8 tahun (varian perilaku sedikit lebih baik dari afasia primer). Staging menggunakan Clinical Dementia Rating (CDR), Functional Assessment Staging (FAST), atau Global Deterioration Scale (GDS) membantu memproyeksikan prognosis.

Faktor memperburuk prognosis: onset usia muda, komorbiditas tinggi, gejala perilaku berat, gangguan mobilitas, keterlambatan diagnosis, tidak ada dukungan caregiver adekuat. Stadium akhir: pasien memerlukan bantuan penuh ADL, kehilangan komunikasi, inkontinensia, dan terbaring. Advance care planning harus didiskusikan sejak awal.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

3.2 Lesson 3.2: Indikasi Rujukan, Follow-up, dan Dukungan Caregiver

Indikasi rujukan ke spesialis saraf: demensia dengan penyebab tidak jelas setelah evaluasi awal; presentasi atipikal—onset <65 tahun, progresi sangat cepat, parkinsonisme dini, gejala perilaku prominent awal, afasia progresif, kejang awal; gejala perilaku berat refrakter terapi standar; kebutuhan pemeriksaan lanjutan (MRI protokol khusus, PET, analisis CSF biomarker, EEG, tes genetik). Rujukan ke psikiater: gejala psikiatrik berat—psikosis refrakter, depresi berat—yang tidak merespons terapi farmakologis standar. Rujukan ke rehabilitasi medik: kebutuhan terapi okupasi untuk pemeliharaan fungsi sehari-hari, fisioterapi untuk gangguan mobilitas, dan rehabilitasi bicara. Rujukan ke gizi klinik: malnutrisi signifikan atau disfagia berat.

Follow-up pasien yang tidak dirujuk oleh dokter umum: kontrol rutin disesuaikan stadium (ringan 6-12 bulan, sedang 3-6 bulan, berat 1-3 bulan). Monitoring mencakup progresi kognitif, efek samping obat, status nutrisi, berat badan, mobilitas, inkontinensia, dan

kesejahteraan caregiver.

Edukasi caregiver dan dukungan psikososial sangat penting: sumber daya meliputi Alzheimer Indonesia (ALZI), pusat layanan demensia, dan grup dukungan komunitas. Caregiver education mencakup strategi komunikasi, manajemen perilaku, keamanan lingkungan, dan respite care untuk mencegah burnout. Dukungan psikososial bagi keluarga harus dimulai sejak diagnosis dini.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Daftar Pustaka / Referensi

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) Tata Laksana Demensia. Kementerian Kesehatan RI (2015).
2. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. World Health Organization (2017).
3. Alzheimer's Association. 2023 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 19(4), 1598-1695 (2023).
4. Jameson, J.L., Fauci, A.S., Kasper, D.L., Hauser, S.L., Longo, D.L., Loscalzo, J. (Eds.). *Harrison's Principles of Internal Medicine* (20th ed.). McGraw Hill (2018).
5. Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., ... & Mukadam, N.. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413-446 (2020).
6. McKhann, G.M., Knopman, D.S., Chertkow, H., Hyman, B.T., Jack, C.R., Kawas, C.H., ... & Phelps, C.H.. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 263-269 (2011).
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing (2013).
8. National Institute for Health and Care Excellence. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NG97). NICE (2018).

Disclaimer / Pernyataan Penting

Materi dalam dokumen ini disusun untuk tujuan pendidikan kedokteran berdasarkan kurikulum SKDI 2012. Informasi klinis harus selalu diverifikasi dengan sumber terkini (pedoman nasional, jurnal terindeks, konsultasi supervisor klinis). Penulis dan Malayan Saintifika tidak bertanggung jawab atas keputusan klinis yang diambil berdasarkan materi ini semata.